

Laura Heikkinen, Hanna Lohilahti

Elämäntapojen ja sosioekonomisen aseman vaikutukset suomalaisten työikäisten naisten suun terveyteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Suuhygienisti (AMK)

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Opinnäytetyö

13.12.2016

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Laura Heikkinen, Hanna Lohilahti Elämäntapojen ja sosioekonomisen aseman vaikutukset suomalaisten työikäisten naisten suun terveyteen 29 sivua + 2 liitettä 13.12.2016
Tutkinto	Suuhygienisti (AMK)
Koulutusohjelma	Suun terveydenhuollon koulutusohjelma
Ohjaajat	THM Helena Stedt Lehtori Eila-Sisko Korhonen
<p>Opinnäytetyö oli osa Voimaa naisissa -hanketta, jonka tarkoituksena on kartoittaa ja kuvata matalapalkkaisten yli 54-vuotiaiden suomalaisten naisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia elintapoja. Useiden tutkimusten mukaan sosioekonomisella asemalla ja koulutustasolla on vaikutus suomalaisten aikuisten suun terveyteen. Sosioekonominen asema on selvästi yhteydessä hammashoittoon hakeutumiseen, omahoidon toteuttamiseen ja suusairauksien esiintymiseen.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen muodossa sosioekonomisen aseman ja elämäntapojen vaikutuksia suomalaisten työikäisten naisten suun terveyteen. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tulokset muodostavat suuhygienisteille soveltuvan tietopaketin työikäisten suomalaisten naisten suun terveydestä ja siitä, miten sosioekonominen asema ja elämäntavat siihen vaikuttavat.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksen muodossa ja käytettävien artikkeleiden keruu tehtiin Medic, Cinahl ja Medline – tietokannoista. Lopullisena valintana hyväksyttiin 11 hakukriteerit täyttävää tutkimusartikkelia, jotka analysoitiin teoriasidonnaisen teemoittelun avulla. Pääteemoina olivat koulutuksen, tulotason ja elämäntapojen vaikutukset suun terveyteen, joiden perusteella myös tulokset esitetään.</p> <p>Tutkimusten keskeisimpiä tuloksina olivat, että korkea koulutustaso korreloi suoraan varallisuuteen, hyväksi koettuun suun terveyteen ja aktiiviseen hammashoitopalvelujen käyttöön. Useiden tutkimusten perusteella ilmeni, että alhaiseen sosioekonomiseen asemaan kuuluvat käyttivät hammashoitopalveluja epäsäännöllisesti ja käyttivät enemmän julkisia palveluja kuin yksityisiä. Lisäksi tutkimusten mukaan suun omahoitotutkimukset olivat keskimäärin heikommat alemmin koulutetuilla verrattuna korkeammin koulutettuihin vastaajiin.</p> <p>Tulevaisuudessa opinnäytetyömme tuloksia voisi hyödyntää esimerkiksi tiivistämällä tuloksien pohjalta vielä kompaktimman tietopaketin suuhygienistien käyttöön. Toteutuksen voisi tehdä esimerkiksi lehtisenä tai pienenä esitteenä, jossa olisi esitettyä selkeästi koulutuksen, tulotason ja elämäntapojen yhteys suun terveyteen ja huomioitaisiin myös koherenssin tunteen liittyminen edellä mainittuihin.</p>	
Avainsanat	suun terveys, elämäntavat, sosioekonominen asema, suomalaiset naiset

Authors Title Number of Pages Date	Laura Heikkinen, Hanna Lohilahti The effects of socioeconomic status and lifestyle on Finnish working-age women's health 29 pages + 2 appendices 13 December 2016
Degree	Oral Hygiene
Degree Programme	Bachelor of Health Care
Instructors	Helena Stedt, Senior Lecturer, MNSc Eila-Sisko Korhonen, Lecturer
<p>This final project was a part of Voimaa naisissa –project which aim is to clarify and describe the lifestyle factors affecting health and well-being of Finnish women over 54 years old with low salary. According to many researches the socioeconomic status and education level affects Finnish adults' oral health. Socioeconomic status impacts clearly one's use of dental services, oral self-care habits and the occurrence of oral diseases.</p> <p>The purpose of this final project was to describe the effects of socioeconomic status and lifestyle on Finnish working-age women's health in the form of a literature review. The aim was that dental hygienists can use the findings as an information package.</p> <p>The final project was carried out as a literature review and the search of the data was operated using the Medic, CINAHL and Medline –databases. The final selection of the research articles consisted of 11 research articles that met the search and selection criteria. The selected research articles were analyzed using thematising. The main themes were how education level, income level and lifestyle affected one's oral health and the results were presented according to those themes.</p> <p>The central findings were that higher level of education correlates directly with wealth, one's experience of good oral health and active use of dental services. The individuals with lower socioeconomic status used dental services irregularly and used more public health services than private health services. The findings also showed that the oral self-care habits were poorer among those with lower education level than those with higher level of education.</p> <p>In the future, the central findings of this final project could be summarized as a compact booklet for dental hygienists to use. In the booklet, there would be clearly explained the relation of education, income and lifestyle to one's oral health, not forgetting the sense of coherence.</p>	
Keywords	oral health, lifestyle, socioeconomic status, Finnish women

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat	2
2.1 Naisten suun terveys 2010-luvulla	2
2.2 Keskeisimmät suun sairaudet	4
2.2.1 Ientulehdus	4
2.2.2 Parodontiitti	5
2.2.3 Karies	5
2.3 Sosioekonominen asema	7
2.4 Elämäntavat ja suun omahoito	9
2.4.1 Koherenssin tunne	10
2.4.2 Ravitsemus	10
2.4.3 Päihteet: alkoholi ja tupakka	12
3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	14
4 Opinnäytetyön toteutus	14
4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	14
4.2 Aineiston keruu	15
4.3 Aineiston analysointi	17
5 Tulokset	18
5.1 Koulutuksen yhteys suun terveyteen	18
5.2 Tulotason yhteys suun terveyteen	19
5.3 Elämäntapojen yhteys suun terveyteen	19
6 Johtopäätökset ja pohdinta	21
6.1 Toteutuksen ja tulosten tarkastelu	21
6.2 Eettisyys ja luotettavuus	22
6.3 Oppimisprosessi, ammatillinen kasvu ja kehitys	23
6.4 Tulosten hyödyntäminen	24
Lähteet	25
Liitteet	
Liite 1. Hakuprosessin kuvaus	
Liite 2. Haun tulosten kuvaus	

1 Johdanto

Terveys on yksilön voimavara, jonka pohjalta toteutuvat muut hyvinvoinnin osat. Se on kuitenkin epätasaisesti jakautunut, kuten muukin hyvinvointi. Suomessa onkin moniin muihin Euroopan maihin verrattuna poikkeuksellisen suuret erot eri sosioekonomisten ryhmien kuolleisuudessa. Esimerkiksi matalammin koulutetut ja alhaisempien tuloluokkien edustajat sairastavat yleensä enemmän ja kuolevat keskimäärin nuorempina, kuin korkeammin koulutetut ja hyvätuloiset. Työssäkäyvät ovat myös terveempiä, kuin työttömät. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Tämä opinnäytetyö on osa Voimaa Naisissa -hanketta, jonka tarkoituksena on kartoittaa ja kuvata matalapalkkaisten yli 54-vuotiaiden suomalaisten naisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia elintapoja. Hankkeen tavoitteena on, että naiset ottavat itse vastuun elintavoista, jotka vaikuttavat heidän hyvinvointiinsa ja terveyteensä. Yleisterveyteen liittyy suuresti myös suun terveys, jonka suhteen sosioekonomiset erot ovat aikuisväestössä edelleen suuria. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.) Suomalaisten sosioekonominen asema ja koulutusaste ovat selvästi yhteydessä muun muassa myös hampaahoitoon hakeutumiseen, omahoidon toteuttamiseen sekä suun sairauksien esiintymiseen. (Ekdahl – Suominen-Taipale – Kiiskinen – Virtanen 2011).

Matalasti koulutettujen omahoito on todettu heikommaksi verrattuna korkeasti koulutettuihin, joista selvästi suurempi osa harjaa hampaat suositusten mukaisesti kahdesti päivässä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a). Tutkittaessa karieksen esiintymistä suomalaisessa aikuisväestössä on myös huomattu, että matalasti koulutetuilla on enemmän karieksen vaurioittamia hampaita verrattuna korkeammin koulutettuihin. (Axtelius – Johansson – Söderfeldt 2007). Sosioekonomisella asemalla on myös vaikutus hampaahoitopalveluiden käyttöön etenkin yksityisellä sektorilla. Huolimatta siitä, että alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä esiintyy enemmän suun terveysongelmia ja hoidon tarve on täten suurempi, käyttävät ylemmät sosioekonomiset ryhmät enemmän palveluita tarpeeseen nähden. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.) Yksityispalveluiden käyttö onkin yleisempää suurituloisemman väestöryhmän keskuudessa. (Blomgren – Virta 2014a). Säännölliset hammashoitokäynnit ovat yhteydessä koulutustasoon. Terveys 2000-tutkimukseen osallistuneista vastaajista 46 % perusasteen, 57 % keskiasteen ja 69 % korkea-asteen koulutuksen käynneistä kertoi käyvänsä säännöllisissä tarkastuksissa. (Aromaa – Nordblad – Suominen-Taipale – Vehkalahti 2004.)

Tämän kirjallisuuskatsauksena toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tuoreen tutkimustiedon avulla sosioekonomisen aseman ja elämäntapojen vaikutuksia suomalaisten työikäisten naisten suun terveyteen. Tavoitteena on, että opinnäytetyön tulokset muodostavat suuhygienisteille soveltuvan tietopaketin työikäisten suomalaisten naisten suun terveydestä ja siitä, miten sosioekonominen asema ja elämäntavat siihen vaikuttavat.

2 Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

2.1 Naisten suun terveys 2010-luvulla

Yleisen käsityksen mukaan terveys näyttäytyy yksilöllä suurimmaksi osaksi sairauden vastakohtana, oireiden puuttumisena ja fyysisenä kuntona. Maailman terveysjärjestö World Health Organization puolestaan määrittelee terveyden täydelliseksi fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinnin tilaksi. Käytännössä terveys on kuitenkin koko ajan muuttuva tila, johon elinympäristömme ja sairautemme vaikuttavat, mutta myös omilla arvoillamme, kokemuksillamme ja asenteillamme on vaikutusta näkemykseemme omasta terveydestämme. (Huttunen 2012.)

Jokainen ihminen kokee terveytensä omalla tavallaan ja koettu oma terveys saattaa poiketa paljonkin yleisestä käsityksestä, tai lääkärin ja muiden ihmisten näkemyksistä. Ihmisen on mahdollista kokea itsensä täysin terveeksi vaikeasta vammasta tai sairaudesta huolimatta, sillä omat lähtökohdat, tavoitteet ja elinympäristöt vaikuttavat omakohtaiseen arvioomme hyvin paljon. Lääketieteellinen näkemys normaalin ja epänormaalin terveydentilan määrittelystä on myös usein hyvin haasteellinen, sillä ihmisten yksilökohtaiset fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet voivat vaihdella suurestikin niin sanotun normaaliuden rajoissa. Näin ollen yksilön oma käsitys terveydestään on lähtökohtaisesti määritelmänä merkittävin. (Huttunen 2012.)

Terveys mielletään voimavaraksi, joka voi sekä kasvaa, että kulua. Niin sanottu terveyspääoma on suurimmillaan noin 30-vuotiaana ja se on riippuvainen siitä, miten omaa terveyttä on hoidettu läpi elämän. Omilla teoilla ja päätöksillä on mahdollista vaikuttaa terveyteen niin kielteisesti kuin myönteisestikin. (Huttunen 2012.)

Terveellä suulla tarkoitetaan toimivaa purentaelimistöä sekä oireettomia hampaita, tukikudoksia ja suun limakalvoja. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee suun terveyden tilaksi, jolloin kroonisia kasvo- tai suukipuja ei esiinny. Näitä aiheuttavat esimerkiksi kariologiset- ja parodontaaliset sairaudet, suusyöpä, sekä synnynnäiset suun sairaudet. (World Health Organization.) Suun terveys vaikuttaa syömisen lisäksi myös puhumiseen ja ulkonäköön, joten sillä on myös sosiaalista merkitystä.

Terveellä suulla on suuri merkitys osana yleistä hyvinvointia ja yleisterveyttä, sillä suun sairaudet lisäävät ja edesauttavat monien yleissairauksien puhkeamista ja pahenemista (Suomen Hammaslääkäriliitto 2013a). Suun sairaudet ovat kuitenkin valtaosiltaan itse ehkäistävissä elintapojen ja -tottumusten avulla (Benjamin 2010).

Suun sairauksien, kuten kariesen, taustalla vaikuttavat muun muassa biologiset, sosio-ekonomiset ja terveystapoihin, kuten hampaiden harjaustiheyteen, naposteluun ja ksylitolituotteiden käyttöön liittyvät tekijät. Suunhoitotottumukset opitaan jo varhaislapsuudessa ja ne vaikuttavat voimakkaasti myös myöhempään suun terveyteen. (Soininen 2007.) Hyvää suun terveyttä voi ylläpitää omilla ennaltaehkäisevillä, säännöllisillä ja terveyttä edistävillä toimillaan sekä säännöllisellä hammashoitosuhteella (Suomen Hammaslääkäriliitto 2013a).

Terveys 2011-tutkimusraportin perusteella selvisi, että työikäisistä naisista 83 % kertoi harjaavansa hampaansa vähintään kahdesti päivässä ja 81 % heistä totesi suun terveytensä olevan hyvä tai melko hyvä. Tutkimuksen mukaan myös naisten hampaattomuus on vähentynyt Suomessa selvästi verrattuna 2000-luvun alkupuolelle, sillä alle 55-vuotiaista naisista vain alle yhdellä prosentilla ei ollut lainkaan omia hampaita jäljellä. Tämän lisäksi myös irrotettavien osa- tai kokoproteesien käyttäjiä oli työikäisissä naisissa vuonna 2011 melko vähän: alle 45-vuotiaista ei tutkimuksen mukaan lähes kukaan ollut hammasproteeseja ja 45–54-vuotiailla vain muutamalla prosentilla. 55–64-vuotiaista naisista joka neljännellä oli irrotettava hammasproteesi. Luvut ovat pienentyneet selvästi 2000-luvun alusta, jolloin esimerkiksi osaproteesia käyttäviä naisia oli tutkittavista 19 %, kun 2011 vastaava luku oli 12 %. (Suominen – Vehkalahti – Knuuttila 2012.)

Terveys 2011-tutkimuksen mukaan kiinnityskudossairauksia (syventynyt, vähintään 4 mm ientasku ainakin yhdessä hampaassa) esiintyi naisilla noin 56 prosentilla. Ientautaudet olivat sukupuolesta riippumatta alle 45-vuotiailla hieman harvinaisempia ja naisilla

syventyneitä ientaskuja oli keskimäärin 3,4 hampaassa. Tutkimuksen johtopäätösten perusteella kiinnityskudossairaudet ovat suomalaisilla kuitenkin edelleen hyvin yleisiä ja niitä esiintyy runsaasti myös naisilla (43 %) jo varhaisessa keski-iässä 30–44-vuotialla. (Suominen ym. 2012.)

Vuosina 2001–2002 tapahtui suuri hammashoidon uudistus, jolloin koko väestö sisällytettiin kunnallisen hammashoidon piiriin. Lisäksi kaikenikäiset aikuiset pääsivät myös sairausvakuutuskorvausten piiriin perushoidon osalta yksityisessä hammashoidossa. Uudistuksen tavoitteena oli hammashoitopalveluiden saatavuuden parantaminen, tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden lisääminen palveluiden käytössä, sekä hoitokustannusten merkityksen vähentäminen palveluiden käytön esteenä. Terveyskeskusten ja yksityisten hoitopalveluiden saatavuus on vaihdellut käytännössä melko paljon alueellisesti ja paikallisesti jo ennen suurta hammashoitouudistusta. Noin kolmanneksella aikuisista, lähinnä harvaanasutuilla alueilla, oli mahdollisuus terveyskeskuspalveluiden käyttöön iästä huolimatta ennen uudistusta. Toinen kolmannes puolestaan asui isoissa kaupungeissa, joissa aikuisten pääsyä hoitoon terveyskeskuksiin oli rajoitettu runsaasti alle kansanterveysasetuksen suosittamien ikärajojen. Yksityisiä hammashoitopalveluja on ollut saatavilla aina eniten kaupungeissa ja Etelä-Suomessa. (Mikkola – Widström 2008.)

2.2 Keskeisimmät suun sairaudet

2.2.1 Ientulehdus

Kiinnityskudossairauksien varhaisvaihetta, ientulehdusta, kutsutaan gingiviitiksi. Ientulehdus syntyy, kun hampaiden puutteellisesta puhdistuksesta johtuen bakteeriplakkia jää hampaiden pinnalle ienrajaan ja tulehduuttaa ikenen. Ientulehduksen oireita ovat muun muassa turvotus, verenvuoto, punoitus ja arkuus, jotka syntyvät veren pakkautuessa tulehtuneeseen ienkudokseen. Ientulehdus voi kuitenkin pitkällekin edenneenä olla oireeton. (Könönen 2012, Ketola-Kinnula 2016.) Ientulehdus voi esiintyä paikallisena esimerkiksi vain yhden tai muutaman hampaan kohdalla paikan sauman tai hammaskiven aiheuttamasta ärsytyksestä johtuen, tai koko suussa puutteellisen puhdistuksen takia (Könönen 2012).

Suomalaisella aikuisväestöllä esiintyy ientulehdusta noin 70 prosentilla, joten se on hyvin yleinen ongelma. Alkava ientulehdus on kuitenkin mahdollista parantaa täysin puhdistamalla hampaat ja hammasvälit päivittäin asianmukaisilla välineillä, joilla plakki saadaan pois ja bakteeriärsytys vähenee (Könönen 2012, Ketola-Kinnula 2016).

2.2.2 Parodontiitti

Parodontiitti, eli hampaiden kiinnityskudosten tulehdus on Suomessa merkittävä, yleinen ja alidiagnosoitu kansantauti. Sen tavallisin esiintymismuoto on krooninen parodontiitti. Parodontiitin syntymistä edeltää aina ientulehdus, ja sen keskeisiä oireita ovat erityisesti hampaita harjattaessa esiintyvä ienverenvuoto sekä ikenen turvotus ja punoitus. Pitkälle edenneessä kiinnityskudoskadossa hampaiden liikkuvuus saattaa lisääntyä, hampaiden välille muodostua rakoja ja ientaskusta erittyä märkävuotoa. Tauti voi kuitenkin pitkällekin edenneenä olla lähes oireeton, ja muun muassa tupakointi heikentää tulehduksen merkkien ilmenemistä. (Gürsoy – Hiiri – Könönen – Suomalainen – Tervonen – Uitto – Varrela 2010.)

Parodontiitti diagnosoidaan hammaslääkärin vastaanotolla. Diagnoosiin tarvitaan ainakin yksi syventynyt ($\geq 4\text{mm}$) ientasku kahdessa ei-vierekkäisessä hampaassa, röntgenkuvasta havaittava luukato vaaka- tai pystysuunnassa ja hampaan heikentynyt kiinnitys. Krooniseksi parodontiittia kutsutaan silloin, kun ientaskun syvyys on vähintään kahdessa ei-vierekkäisessä hampaassa $\geq 4\text{mm}$ ja kiinnityksen kato $\geq 3\text{mm}$. Vaikeaksi parodontiitti muuttuu silloin, kun kiinnityskato on $\geq 5\text{mm}$ ja sitä esiintyy ainakin 30 %:ssa jäljellä olevista hampaista. Yksittäinen syventynyt ientasku ei kuitenkaan aina tarkoita parodontiittia, sillä kyse voi olla esimerkiksi hampaan juuren murtumasta tai ytimeistä peräisin olevasta tulehduksesta. (Gürsoy ym. 2010.)

2.2.3 Karies

Karies, eli hampaiden reikiintyminen on maailmalla laajasti levinnyt ja yksi yleisimmistä kroonisista infektioitaudeista. Karies on yleinen ongelma aikuisilla johtuen muun muassa siitä, että aikuisväestöön kohdistettu kariesprofylaksi on paljon niukempaa kuin lapsille ja nuorille kohdistettu. Lisäksi hampaat säilyvät suussa entistä kauemmin, mikä altistaa

ne pidempään parodontaalisairauksille ja kariekselle. Kariksen ilmaantuvuus on korkeimmillaan nuorilla aikuisilla ja eniten sitä esiintyy alemmissa sosiaaliluokissa, pakolaisilla ja siirtolaisilla. (Hausen – Tenovuo 2014.)

Karies on monitekijäinen mikrobisairaus, jonka ilmaantuminen riippuu etenkin ravinnosta, suun mikrobiston koostumuksesta, hampaiden vastustuskyvystä sekä syljen laadusta ja määrästä. Kaikilla kariogeenisillä mikrobeilla on kyky kiinnittyä hampaan kovuuden pintaan ja muodostaa sokereista happoja, jota kutsutaan asidogeenisuudeksi. Lisäksi joillekin kariesmikrobeille on ominaista asiduuriisuus eli viihtyminen ja lisääntyminen happamissa olosuhteissa. (Tenovuo 2014a.)

Kariesprosessin aloittavat useimmiten mutans -streptokokkibakteerit, jotka kolonisoivat suuhun usein jo varhaisessa lapsuudessa ensimmäisten maitohampaiden puhjetessa. Mutans -streptokokit eivät elä hampaattomassa suussa, mutta tartunnan jälkeen ne pysyvät suussa niin kauan kuin hampaatkin. Kariesbakteerien määrään on mahdollista vaikuttaa, mutta niitä ei pystytä kokonaan hävittämään. Mutans -streptokokkien määrään kasvuun suussa vaikuttavat mahdollinen voimakas mutans -bakteeri-infektio lapsuudessa, huomattavat retentiokohdat (esimerkiksi paikkaylimäärät) suussa, oikomislaitteet, osa- ja kokoproteesit, osittain puhjenneet viisaudenhampaat, runsaasti sokeita sisältävä ravinto ja huono suuhygienia. (Tenovuo 2014a.)

Kiille on ihmiselimistön kovinta kudosta, joka koostuu 96 prosenttisesti hydroksiapatiittikiteistä. Loput kiilteestä on vettä ja muuta orgaanista ainetta. Kiilteen olleessa hampaan pinnan uloin osa, se joutuu kestäämään paljon muun muassa purentavoimia, hankausta ja pH-tasapainon muutoksia. Näistä johtuen kiilteen pinnalta liukenee hydroksiapatiittia, määrä kuitenkin riippuen esimerkiksi ravinnon happamuudesta ja syljen koostumuksesta. Hydroksiapatiittikiteiden liukenemista kutsutaan demineralisaatioksi, joka yleensä johtuu kariesbakteerien aineenvaihdunnan seurauksena syntyvistä hapoista. (Chang – Joiner – Li – Wang 2014.)

Remineralisaatiolla puolestaan tarkoitetaan syljen kykyä korjata demineralisaatiosta hampaan pinnalle syntyneet pienet vauriot. Remineralisaation edellytyksenä on, että läsnä on riittävästi liukoista kalsiumia ja fosforia, joita normaalisti saadaan syljestä. Myös fluorin avulla voidaan kiihdyttää remineralisaatiota, mutta se ei riitä yksinään saamaan aikaan uutta kidemuodostusta. (Tenovuo 2014a.)

2.3 Sosioekonominen asema

Sosioekonomisella asemalla tarkoitetaan tavallisesti hyvinvoinnin aineellisia ulottuvuuksia sekä aineellisten voimavarojen, kuten tulojen, omaisuuden ja asumistason hankkimiseen tarvittavia edellytyksiä. Edellytyksiä niiden hankkimiselle ovat koulutus, ammatti ja asema työelämässä. Jokaisella sosioekonomisella tekijällä on selvä yhteys terveyteen, hyvinvointiin ja niiden määrittäjiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015c.)

Koulutus muovaa yksilön tietoja, taitoja ja arvoja. Lisäksi koulutuksella on vaikutus henkilön ammattiasemaan, mikä puolestaan säätelee asuinpaikan kanssa hänen työ- ja elinolojaan, ohjaa käyttäytymistä ja vaikuttaa toimeentuloon. Yksilön taloudellinen tilanne vaikuttaa esimerkiksi hänen kulutusmahdollisuuksiinsa ja asumisoloihin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015c.)

Sosioekonomisella asemalla on vaikutus siihen, altistuuko ihminen arkisissa elinympäristöissään, esimerkiksi työssä tai asumisessa, terveyttä vahvistaville tai sitä kuluttaville tekijöille. Sosioekonomisella asemalla ja siihen liittyvillä perinteillä, arvoilla, asenteilla ja sosiaalisilla verkostoilla on vahva ohjaava vaikutus elintapoihin. Lisäksi sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön ja palveluista saadun hyödyn on osoitettu olevan vahvassa yhteydessä sosioekonomiseen asemaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015c.)

Sosioekonomiset terveyserot tarkoittavat sosiaalisen aseman mukaisia terveydentilan, sairastamisen, toimintakyvyn ja kuolleisuuden systemaattisia eroja. Terveyseroihin vaikuttavat tulojen ja varallisuuden epätasainen jakautuminen. Hyvätuloisen on köyhää helpompi valita terveellisiä elintarvikkeita ostoskoriin hinnasta huolimatta. Hyvätuloiset ovat useimmiten myös työllisiä, joten heidän on usein mahdollista käyttää työterveyshuollon palveluita sekä maksullisia yksityisiä terveydenhoitopalveluita. Sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttavat lisäksi terveyskäyttäytyminen ja elintavat, jotka selittävät pitkälti Suomessa ryhmien välisiä sairastavuus- ja kuolleisuuseroja.

Eri sosiaaliryhmien välillä asenteet ja arvostukset terveellisiä elintapoja kohtaan poikkeavat toisistaan. Esimerkiksi alemmissa sosiaalisissa asemassa oleville on yleisempää epäterveelliset ruokailutottumukset, tupakointi, runsas alkoholinkäyttö ja ylipaino. Koulutuksella ja työllä on lisäksi vaikutus terveyseroihin, sillä korkeammin koulutetut ovat usein tietoisempia terveydestä ja kykenevät siten toimimaan terveyttä edistävällä tavalla. Koulutuksella on useimmiten vaikutus myös ihmisen työuraan ja työoloihin. Työstä saatavan

palkan tasolla on puolestaan vaikutus terveyteen liittyviin kulutusmahdollisuuksiin. (Sosiaaliryhmien välillä on terveyseroja 2016.)

Koulutus kuvastaa sosioekonomista asemaa laaja-alaisesti ja huomioi etenkin ei aineelliset resurssit kuten tiedot, taidot, asenteet ja arvot. Koulutusta voi mitata korkeimmalla suoritettulla tutkinnolla tai suoritetuilla kouluvuosilla. Koulutuksen käyttämisenä sosioekonomisena luokituksena sen etuihin lukeutuu mahdollisuus määrittää yksilön koulutus huolimatta siitä, onko hän työssä vai ei. Lisäksi koulutustaso saavutetaan tavallisesti varhaisessa aikuisuudessa, eikä se muutu paljoa elämänkaaren aikana. Koulutuksen rajoituksiin kuuluu koulutusrakenteissa vuosikymmenten kuluessa tapahtunut suuri muutos koulutustason nousussa, joka tarkoittaa, että eri-ikäisten väestöryhmien keskuudessa koulutusrakenteet vaihtelevat runsaasti. Laaja-alaisena sosioekonomisen aseman kuvaajana koulutus voi muokata terveyttä monilla tavoilla, mutta yksi tärkeä reitti on terveyskäyttäytymisen kautta, sillä hyvä koulutus tukee terveyttä edistävää käyttäytymistä. (Laaksonen – Silventoinen 2011: 47.)

Muihin sosioekonomisen aseman ulottuviin verrattuna ammattiasema sitoo selvemmin yksilöt ja ryhmät yhteiskunnan perusrakenteisiin ja kuvaa aineellisia sekä muita elinoloja ja voimavaroja. Koska ammattiasema perustuu ammattien luokitteluun, se ilmaisee eri ammattiryhmille tyypillisiä organisaatorakenteita, työjärjestelyjä ja olosuhteita. Koulutuksen tapaan myös ammattirakenteet muuttuvat ajassa ja hankaloittavat pitkittäistarkasteluja. Ammattiasemien luomat voimavarat ja työtehtäviin liittyvät olosuhteet sekä altistukset ovat merkittäviä terveyttä muovaavia taustatekijöitä. (Laaksonen – Silventoinen 2011: 47–48.)

Tulot ilmentävät aineellisia voimavaroja selvemmin kuin muut sosioekonomisen aseman keskeiset ulottuvuudet. Useimmiten tutkimuksissa käytetty tulomitta on ruokakunnan käytettävissä olevat tulot kulutusyksikköä kohti. Ruokakunnan tuloista vähennetään verot ja niihin lisätään mahdolliset tulonsiirrot, minkä jälkeen tulot jaetaan painotetulla ruokakunnan aikuisten ja alaikäisten määrällä. (Laaksonen – Silventoinen 2011: 48.)

Sosioekonomisen aseman ytimen muodostavat yhdessä koulutus, ammattiasema ja tulot. Ne kaikki korreloivat keskenään ja kuvaavat osin sosioekonomisen aseman yhteisiä piirteitä, mutta jokaisella ulottuvuudella on oma pätevyysalueensa, jota muut eivät korvaa. Tästä johtuen sosioekonomisen aseman eri indikaattoreita ei voida yksinkertaisesti

korvata toisillaan eikä voida määrittää parhaita sosioekonomisen aseman osoitinta. Yksittäisissä tutkimuksissa tyydytään useimmiten yhteen sosioekonomisen aseman osoittimeen, mutta tutkimusasetelma voidaan rakentaa myös ottamaan huomioon monia indikaattoreita, jolloin on mahdollista tarkastella eri ulottuvuuksien keskinäisiä yhteyksiä ja aikajärjestystä terveyserojen syntymisessä. (Laaksonen – Silventoinen 2011: 48.)

2.4 Elämäntavat ja suun omahoito

Elämäntavoilla tarkoitetaan yksilölle tai yhteisölle tunnusomaista, leimallista tapaa elää tai toimia, ja ne määrittävät sosioekonomisia terveyseroja (MOT Kielitoimiston sanakirja 2015a, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015d). Sillä tarkoitetaan myös terveyskäyttämistä, johon liittyy suuresti päihteiden, kuten alkoholin ja tupakan käyttö, liikunta ja ruokailutottumukset. Erityisesti alkoholinkäyttö, tupakointi, liikunta- ja ruokatottumukset ovat yhteydessä suomalaisten kansantauteihin, sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. Elämäntapojen valintaan vaikuttavat yksilön oma arvoperusta, perinteet ja asenteet. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015d.)

Suun omahoidon perusasioita ovat suun säännöllinen, päivittäinen puhdistus, fluorin ja ksylitolin riittävä käyttö, oikeanlainen ravitsemus ja säännölliset suun terveystarkastukset. Suun puhdistukseen kuuluu hampaiden harjaus fluorihammastahnalla aamuin illoin ja hammasvälien päivittäinen puhdistus käyttämällä joko hammaslankaa, hammasväliharjaa tai hammastikkua. Omahoitoon kuuluu myös mahdollisten hammasproteesien puhdistaminen kaksi kertaa päivässä ja niiden huuhtelu aterian nauttimisen päätteeksi. Tämän lisäksi suositellaan myös kielen päivittäistä puhdistamista siihen tarkoitettulla välineellä tai pehmeällä hammasharjalla. (Vehkalahti 2014).

Ksylitolia suositellaan käytettäväksi säännöllisesti päivittäin, aina aterioinnin päätteeksi. Riittävä päivittäinen annos täysksylitolia on 5 grammaa. Täysksylitolituotteiden käytöstä saadaan parhaimmat tulokset päivittäisellä, säännöllisellä käytöllä. (Suomen hammaslääkäriliitto 2013b.) Tutkimusten mukaan ksylitolin säännöllisellä käytöllä ei ainoastaan ehkäistä hampaiden karioitumista, vaan korjataan myös jo alkaneita kiilleaurioita, vähennetään plakin määrää hampaiden pinnoilla ja lisätään syljen eritystä (Suun terveydenhoidon Ammattiliitto Ry 2011).

2.4.1 Koherenssin tunne

Aaron Antonovskyn kehittämä koherenssin tunteen käsite tarkoittaa ihmisen sisäistä tapaa ajatella, olla ja toimia, joka muuttuu ihmisen iän myötä. Teorian mukaan yksilön terveys on suorassa suhteessa hänen voimavaroihinsa. Koherenssin tunteen voimakkuutta arvioitaessa painotetaan henkilön valmiutta löytää yksilölliset voimavaransa ja saada ne toimimaan tietyn päämäärän puolesta. Koherenssi kuvaa ihmisen näkemystä elämästä ja kykyä suhtautua stressaaviin olosuhteisiin. Vahva koherenssin tunne toimii perustana terveysvalinnoille ja itsestään huolehtimiselle. Yksilöstä itsestään lähtevät stressinhallinnan resurssit koherenssin tunteessa ovat pääasiallisesti hankittu koulutus, älykkyys, vuorovaikutuskyky ja motivoituneisuus itsensä kehittämiseen. Ulkoisia resursseja ovat sen sijaan yhteiskunnan tarjoamat koulutusmahdollisuudet ja tuki ongelmatilanteissa. (Vastamäki 2010.)

Koherenssin tunteesta on käytetty myös termejä elämänhallinta sekä elämänhallintakyky. Siihen liittyvät kolme osatekijää, jotka ovat ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkyys. Ymmärrettävyys tarkoittaa yksilön tunnetta siitä, ettei mitään pahaa tai yllättävää tule tapahtumaan ja vaikka tulisikin, siitä on mahdollista selvitä. Hallittavuuden tunteella tarkoitetaan yksilön kykyä hallita stressiä. Mielekkyyden tunne syntyy, kun yksilö kokee elämänsä ja siihen kuuluvien tapahtumien olevan mielekkäitä ja hän pystyy sekä haluaa käyttää niihin voimavarojaan. Mielekkyys on koherenssin tunteen tärkeä elementti ja perusta. Mielekkyyden tunteen puuttuessa on myös hallittavuuden ja ymmärrettävyyden tunteilla taipumus heikentyä. Jonkin osatekijän heikentyminen näyttäytyykin koko koherenssin tunteen heikkenemisenä. (Vastamäki 2010.)

Koherenssin tunteella on myös yhteys suun terveyteen. Vahvan koherenssin tunteen omaavat henkilöt käyttävät säännöllisemmin hammaslääkäripalveluja verrattuna niihin, joiden koherenssin tunne on heikko. Vahva koherenssin tunne liittyy parempaan suuhygienian tasoon, kun taas heikon koherenssin tunteen omaavilla on enemmän suun terveyteen liittyviä oireita ja ongelmatilanteita. (Savolainen 2005.)

2.4.2 Ravitsemus

Termillä ravitsemus tarkoitetaan ihmisen ravinnonsaantia ja ravinnon hyödyntämistä elimistössä (MOT Kielitoimiston sanakirja 2015b). Ravitsemukseen liittyy keskeisesti ravitsemussuosituksia, joita laaditaan sekä maailmanlaajuisen että kansalliseen käyttöön.

Ravitsemussuosituksilla kuvataan väestöjen ja ihmisryhmien energian ja ravintoaineiden tarvetta, tai suositeltavaa saantia ja ne perustuvat tutkimuksiin eri ravintoaineiden tarpeesta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta a.)

Suomessa Valtion ravitsemusneuvottelukunnan viimeisimmät julkaistut ravitsemussuositukset ovat vuodelta 2014, ja niiden tavoitteena on edistää terveyttä ja parantaa suomalaisten ruokavalioita. Niiden mukaan kasviksia, hedelmiä ja marjoja tulee syödä vähintään 500 grammaa päivässä, ja peruna on olennainen osa päivittäistä ruokavaliota. Viljavalmisteen, kuten esimerkiksi leivän tulisi olla vähäsuolaista sekä täysjyväviljaa, ja maitotuotteiden mielellään vähärasvaisia tai rasvattomia. Ravintosuosituksen mukainen ruokavalio sisältää myös vain vähän sokeria ja suolaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta b.)

Ravitsemussuosituksen mukaan syöminen vaikuttaa edullisesti suun terveyteen, sillä esimerkiksi suositellut kasvikset ja täysjyväviljavalmisteen ovat kuitupitoisia, ja vaikuttavat näin edullisesti syljen eritykseen. Riittävä syljeneritys ehkäisee hampaiden kariotumista, suun sienitulehduksia ja muita suun limakalvojen ongelmia. (Dynesén – Jensen – Holten-Andersen – Jensdóttir – Pedersen – Bardow – Nauntofte 2006.)

Myös nestemäisten maitovalmisteen päivittäinen saanti olisi hyvä olla vähintään puoli litraa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta b). Maitotuotteet ovatkin hampaille terveellisiä, sillä ne neutraloivat suun happamuutta esimerkiksi ruokailun yhteydessä (Tenovuori 2014b). Suomessa korkeakoulutetuista useimmat eivät juo ollenkaan maitoa tai käyttävät useasti vähärasvaista maitoa verrattuna matalammin koulutuneisiin. Tavanomaisesti ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevat ovat käyttäneet juustoja, kun taas voita käytetty on käytetty enemmän alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien keskuudessa. (Loman 2015.) Myös ravitsemussuosituksen mukainen vähäinen sokerinkäyttö tukee hyvää suun terveyttä, sillä sakkaroosi on kariogeenisille mikrobeille antamansa energian perusteella hiilihydraateista haitallisempi (Tenovuori 2014b).

Sosioekonomiset erot ruokatottumuksissa on havaittavissa ravintoaineiden lähteissä, jotka eroavat eri sosioekonomisessa asemassa olevien kesken. Ruokatottumukset ovat menneet pidemmällä aikavälillä enemmän suositusten mukaisiksi Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuuden ja terveys -tutkimuksen mukaan. Myös erot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat kaventuneet. Suurin muutos terveellisempään suuntaan on nähtävissä rasvan laadussa, sillä 1980-luvulla voion kulutus vähentyi huomattavan paljon

ja sen korvasivat kasvimargariinit hinnallaan ja saatavuudellaan. Ruokatottumusten suuntaus ei ole ollut kuitenkaan enää niin terveydelle myönteinen tutkimusvuosina 2005–2009 toistettujen poikkileikkausten mukaan. (Loman 2015.)

Naisten ruokatottumukset ovat yleisemmin lähempänä suosituksia verrattuna miehiin. Suomessa ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä noudatetaan useimmiten muita terveellisempiä ja ravitsemussuositusten mukaisia ruokatottumuksia. Ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevat syövät myös tuoreita kasviksia ja hedelmiä enemmän, kuin alemassa sosioekonomisessa asemassa olevat. (Loman 2015.)

2.4.3 Päihteet: alkoholi ja tupakka

Päihteet ovat valmisteita tai aineita, jotka aiheuttavat väliaikaisia muutoksia ihmisen havainnointiin, mielialaan, tietoisuuteen tai käytökseen (A-klinikkasäätiö 2014). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos määrittelee päihteiksi alkoholin, huumeet ja tupakan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b). Päihdyttäviä aineita käytettäessä yleensä suu on elimistöstä ensimmäisenä niihin kosketuksissa. Näin ollen onkin luonnollista, että päihteiden haittavaikutukset näkyvät nopeasti suun terveydessä hampaissa esimerkiksi eroosioaurioina, kiinnityskudoksissa alkuun ientulehduksena ja limakalvoilla erilaisina muutoksina. (Murtomaa 2014, Autti – Le Bell – Meurman – Murtomaa 2014.)

Suun sairauksista yhden merkittävimmän, suusyövän, tärkeimpiä riskitekijöitä ovat runsas tupakointi ja alkoholinkäyttö. Ne lisäävät kummatkin syöpäriskiä, mutta yhteiskäytöllä on riskin monikymmenkertainen vaikutus. Sekä tupakassa, että alkoholissa syöpäriskin aiheuttaa asetaldehydi. Tupakansavussa on itsessään asetaldehydiä, joka liukenee savusta tehokkaasti sylkeen. Puolestaan alkoholin nauttimisen aikana syljen asetaldehydipitoisuus kasvaa huomattavasti suun normaaliflooraan kuuluvien bakteerien ja hiivojen hapetuskyvyn ansiosta, jotka hapettavat alkoholia asetaldehydiksi. (Salaspuro – Kurkivuori – Salaspuro 2005.)

Viimeisen 40 vuoden aikana suomalaisten naisten alkoholinkäyttö on lähes kuusinkertaistunut ja erot alkoholinkulutuksessa sukupuolten välillä kaventuneet seitsenkertaisesta vain kolminkertaiseksi. Naisilla myös säännöllinen ja lähes viikoittainen alkoholinkäyttö on kasvanut vuodesta 1968 reilusti, sillä tällöin vain noin kymmenesosa käytti alkoholia viikoittain, kun nyt kyseessä on jo kolmasosa suomalaisista naisista. Myös annosmäärät ovat kasvaneet naisilla kaikissa ikäryhmissä. (Simonen 2013.)

Yleisimmät sekä tärkeimmät alkoholinkäytön suuvaikutukset ovat suun kuivuminen, hampaiden eroosio- ja kariesvauriot, limakalvomuutokset ja suusyöpä. Vaikutuksia voi esiintyä sekä kohtuukäyttäjällä, että ongelmakäyttäjällä. Alkoholin aiheuttama suun kuivuminen johtuu alkoholinkäyttöön liittyvästä syljenerityksen vähentymisestä, sillä alkoholi vaikuttaa suoraan sylkirauhasiin aiheuttamalla niissä erilaisia morfologisia ja toiminnallisia muutoksia. Karies- ja eroosiovauriot johtuvat puolestaan useiden alkoholijuomien sokeripitoisuudesta ja happamuudesta, sekä alkoholin siemilutyypistä nauttimisesta. (Uittamo 2015.)

Alkoholin aiheuttamia yleisimpiä limakalvomuutoksia ovat leukoplaakkiset muutokset, erytroplakia, hiivasieni-infektio ja lichen planus eli punajäkälä. Leukoplaakkisilla muutoksilla tarkoitetaan limakalvolla esiintyviä vaaleita läikkiä, joita ei voida raaputtaa tai pyyhkiä pois, erytroplakialla puolestaan suun limakalvojen punaisia muutoksia. Sekä leukoplakia, erytroplakia, että lichen planus ovat mahdollisesti suusyöpäriskiä lisääviä muutoksia. (Uittamo 2015.)

Vuonna 2014 suomalaisista 15–64-vuotiaista naisista 14 % tupakoi päivittäin, ja noin 6 % satunnaisesti. Eläkeikäisten naisten keskuudessa vastaava lukema oli 7 % vuonna 2013. Suomalaisten naisten päivittäinen tupakointi onkin lisääntynyt noin kolmella prosentilla vuodesta 2005, kun samalla miesten tupakointi on vähentynyt prosentilla. Nuuskan käyttö on naisilla puolestaan erittäin vähäistä, sillä vuonna 2014 naisista 98 % ilmoitti, ettei ole koskaan nuuskannut. (Varis – Virtanen 2014.)

Tupakointi voi aiheuttaa suussa monenlaisia terveydellisiä ja kosmeettisia haittoja, joista hyvin yleinen on halitoosi, pahanhajuinen hengitys. Tupakka myös värjää hampaita, paikan saumoja, täytteitä ja hammasproteeseja tavalla, joka voi olla puhdistuksesta huolimatta pysyvää. Suun kiinnityskudossairauksien toteamiseen tupakointi vaikuttaa hyvin kielteisesti, sillä se heikentää ien kudosten verenkiertoa supistamalla kapillaareja. Tällöin gingiviittiin liittyvä verenvuoto voi olla niin vähäistä tai olematonta, ettei tulehdusta huomaa. Tämän takia ien on puolustuskyvyttömämpi haitallisia bakteereita vastaan ja vaikea-asteinen kiinnityskudostuho, eli parodontiitti onkin tupakoitsijoilla yleisempää, kuin tupakoimattomilla. (Murtomaa 2014.)

Hammaslääketieteessä tunnetaan myös niin sanottu tupakoitsijan suulaki, jossa suulaen limakalvolla esiintyy aluksi vaaleaa sarveistumaa, jossa näkyy punoittavia, tulehtuneita

alueita pienten sylkirauhasten avautumistiehyiden ympärillä. Tämän jälkeen myöhemässä vaiheessa nähdään punaisten läiskien ympärillä voimakkaasti keratinisoituneita vaaleita renkaita. Muutokset kuitenkin häviävät nopeasti, jos tupakointi lopetetaan. Myös leukoplaakkiset muutokset ovat tupakoitsijoilla yleisiä, jotka voivat olla suusyövän esias-
teita. (Murtomaa 2014.)

Tupakoinnilla on myös altistuksen määrästä riippuva yhteys suusyöpään, sillä tupakan-
savulla on välitön karsinogeeninen vaikutus suun limakalvon epiteelisoluihin. Jos tupa-
koitsija käyttää myös alkoholia, on hänellä 6-15-kertainen riski sairastua suusyöpään
verrattuna päihteettömiin henkilöihin, sillä alkoholi lisää suun limakalvojen läpäisevyyttä
ja näin ollen myös tupakan karsinogeenista vaikutusta. (Murtomaa 2014.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sosioekonomisen aseman ja elämänta-
pojen vaikutuksia suomalaisten työikäisten naisten suun terveyteen. Tavoitteena on, että
opinnäytetyön tulokset muodostavat suuhygienisteille soveltuvan tietopaketin työikäisten
suomalaisten naisten suun terveydestä ja siitä, miten sosioekonominen asema ja elä-
mäntavat siihen vaikuttavat.

Tutkimuskysymys on:

Miten sosioekonominen asema ja elämäntavat vaikuttavat suomalaisten,
työikäisten naisten suun terveyteen?

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan yleisesti joltakin rajatulta alueelta koottua tietoa, ja
se tehdään tavallisesti vastauksena johonkin tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsaukset
mahdollistavat olemassa olevien tutkimusten kokonaisuuksien hahmottamisen. Kokoa-
malla yhteen samaan aiheeseen liittyviä tutkimuksia saadaan selville esimerkiksi kuinka
paljon tutkimustietoa aiheesta löytyy, ja millaista tutkimus sisällöllisesti ja menetelmälli-

sesti pääosin on. (Leino-Kilpi 2007: 2; Johansson 2007: 3.) Kirjallisuuskatsaus onkin tutkimustekniikka ja metodi, jolla tutkitaan jo olemassa olevia tutkimuksia ja kootaan yhteen näiden tutkimusten tuloksia, jotka toimivat perustana uusille tutkimustuloksille. (Salminen 2011.)

Tässä opinnäytetyössä hyödynnämme kirjallisuuskatsauksen ideaa, jossa tiivistämme valitsemamme aihepiirin aikaisempien tutkimusten olennaista sisältöä. Sitä tehdesämme tarkoituksenamme on kiinnittää pääasiallista huomiota käytettyjen lähteiden keskinäiseen yhteyteen ja tekniikkoihin, joilla siteeratut tulokset ovat hankittu. Kirjallisuuskatsauksen avulla on myös mahdollista seuloa esiin tieteellisten tulosten kannalta tärkeitä ja mielenkiintoisia tutkimuksia. (Salminen 2011.)

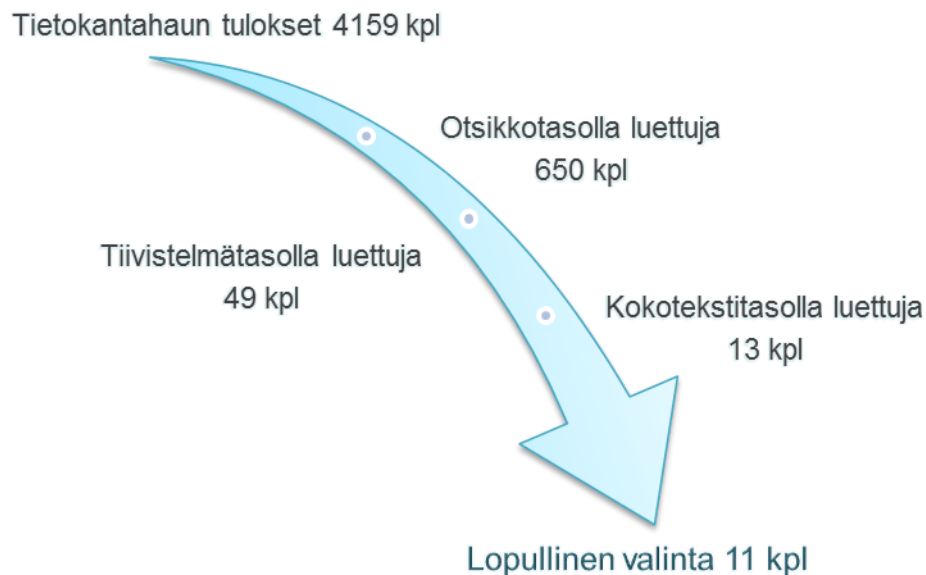
Tekemämme kirjallisuuskatsauksen voi jakaa karkeasti kolmeen vaiheeseen: ensimmäinen vaihe käsitti katsauksen suunnittelun, toinen vaihe katsauksen tekemisen sisältäen haut ja analysoinnin ja kolmas vaihe raportoinnin. Suunnitteluvaiheessa kartoitimme aiempia tutkimusta aiheesta ja laadimme tutkimussuunnitelman. Tutkimussuunnitelmassa esittelimme tutkimuskysymyksen. Tutkimuskysymyksen asettamisen jälkeen pohdimme ja päätimme menetelmät katsauksen tekoon. Menetelmiin sisältyivät hakutermien pohtiminen ja valinnat, sekä tietokantojen valinta. Tutkimusten valintaa varten tarvitaan tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka valitsimme jo ennen tiedonhakua (Taulukko 1) (Johansson 2007: 5-7.).

Katsauksen toisessa vaiheessa siirryimme eteenpäin tutkimussuunnitelman mukaan hankkimalla ja valitsemalla mukaan otettavat tutkimukset, analysoimalla ne sisällöllisesti tutkimuskysymyksen mukaan, analysoimalla ne laadun mukaan sekä syntetisoimalla tutkimusten tulokset yhdessä. Katsauksen onnistumisen ja tulosten relevanttiuden todistamiseksi on tärkeää kirjata tarkasti kaikista vaiheista, mistä pidimme huolen tekemällä muistiinpanoja ja tallentamalla analysoinnin eri vaiheet erillisiin tiedostoihin. Katsauksen kolmannessa, eli viimeisessä vaiheessa raportoidaan tulokset ja tehdään johtopäätökset. (Johansson 2007: 5-7.)

4.2 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsauksessa käytettävien artikkeleiden keruu tehtiin Medic, Cinahl ja Medline – tietokannoista. Hakusanoina käytettiin sanoja: "oral health", socioeconomic, women, ja finland. Käytimme hauissa Boolean operaattoreita AND, OR ja NOT hakusanojen

yhdistämisessä. Haku suoritettiin syksyllä 2015, joten valitsimme mukaan siihen mennessä julkaistuja tutkimuksia. Kuviossa 1 on esitetty tietokantahaun kulku. Tarkemmat tiedot haku- ja valintaprosessista löytyvät tämän työn liitteestä 1.



Kuvio 1. Tietokantahaun kulku

Kirjallisuuskatsaukseen valittaville alkuperäistutkimuksille on määritettävä tarkat sisäänottokriteerit jotka perustuvat tutkimuskysymyksiin, ja ne tulee määritellä ennen varsinaista valintaa. Sisäänottokriteereissä on mahdollista rajata alkuperäistutkimusten lähtökohtia, tutkimuskohdetta, tutkimusmenetelmiä, tuloksia ja tutkimuksen laatuun vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyöhön valitsemamme tutkimukset hyväksyttiin mukaan tietyin sisäänotto- ja poissulkukriteerein, jotka ovat kuvattu taulukossa 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitsemiemme ja poissuljettujen tutkimusten vaiheittain tapahtuva valinta perustui siihen, vastasiko hauissa saadut tutkimukset sisäänottokriteereitä. Vastaavuuden tarkastelu tapahtui otsikko-, abstrakti- ja koko teksti -tasoilla. (Stolt – Routasalo 2007: 59.)

Taulukko 1. Kirjallisuushaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit

- Tutkimusartikkeli vastaa tutkimuskysymykseen
- Tutkimuksen kohteena ovat olleet suomalaiset aikuiset ja tutkimusjoukossa on ollut mukana naisia
- Luettavissa suomen- tai englannin kielellä
- Tutkimusartikkelit ovat saatavilla tietokannoista kokotekstimuodossa (Full text)
- Tutkimus on julkaistu vuosina 2005–2015

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysillä on tarkoitus luoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysin avulla pyritään tiivistämään hajanainen aineisto selkeästi ja mielekkäästi informaatioarvon kasvattamiseksi. Aineiston analyysiin on erilaisia tapoja, mutta tässä opinnäytetyössä hyödynnämme teemoittelua, joka on yksi laadullisen analyysin perusmenetelmistä. Teemoittelu on hyvä aineiston analyysitapa ratkaistaessa jotakin käytännöllistä ongelmaa. Sen avulla tutkimusaineistosta pyritään hahmottaa keskeisiä aihepiirejä, teemoja. Näin on mahdollista vertailla näiden tiettyjen teemojen esiintymistä ja ilmenemistä aineistossa. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006, Eskola – Suoranta 1999: 179.)

Teemoittelu on laadullisen aineiston pilkkomista ja ryhmittelyä eri aihepiirien mukaan, jossa pyritään löytämään ja erottelamaan aineistosta tutkimusongelman kannalta olennaisimmat aiheet. Aineiston voi ryhmitellä esimerkiksi tiedonantajien iän, sukupuolen tms. mukaan ennen varsinaista teemojen etsimistä. Kun alustava ryhmittely on tehty, aineistosta etsitään varsinaisia teemoja eli aiheita. Teemoittelun idea on etsiä aineistosta tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 93, Eskola ym. 1999: 175-176.)

Teemoittelu sopii opinnäytetyömme aineiston analyysitavaksi siksi, että aineistomme käsittelee tutkimusraporttien muodossa suomalaisten koulutustason yhteyttä suun terveyteen, tulotason yhteyttä suun terveyteen ja muiden elämäntapojen yhteyttä suun terveyteen. Teemoittelun avulla voimme hahmottaa nämä omiksi teemoikseen aineistosta ja etsiä tekstistä tutkimuskysymyksen kannalta olennaiset kohdat ja asiat. Lähdimmekin toteuttamaan analyysiä siten, että tutkimuskysymyksen kautta etsimme aluksi aineistosta toistuvia teemoja. Aloitimme lukemalla tutkimusartikkelit huolellisesti läpi kolmeen kertaan, jonka jälkeen suomensimme ne tekstinkäsittelyohjelmaan. Tämän jälkeen poimimme tutkimusartikkeleista toistuvia teemoja alleviivaamalla niitä eri väreillä ja koko-

simme esiintyneet teemat yhteen uudelle tiedostolle. Tämän jälkeen pelkistimme teemoista vielä yhteenvedot ranskalaisin viivoin, jotta tulosten kirjoittaminen sujui helpommin. Aineistosta nousseet pääteemat olivat koulutuksen, tulotason ja elämäntapojen vaikutukset suun terveyteen, joiden perusteella tulokset esitetään.

5 Tulokset

5.1 Koulutuksen yhteys suun terveyteen

Useassa tutkimuksessa todettiin koulutustason korreloivan suoraan suun terveydentilan kanssa. Alemman koulutusluokan henkilöt raportoivat tutkimustulosten perusteella enemmän oireita, kuten fyysistä kipua suun alueella ja kokivat suun terveytensä heikommaksi, kuin korkeammin koulutetut vastaajat (Hausen – Lahti – Suominen-Taipale 2008, Aromaa – Bernabé – Sabbah – Suominen – Vehkalahti 2015). Korkeammin koulutetuilla oli myös korkeampi koherenssintunne ja he käyttivät hammashoitopalveluja runsaammin, kuin alemman koulutustason vastaajat (Bernabé – Harrison – Kanhai – Knuuttila – Suominen – Uutela 2014, Aromaa – Helminen – Kiiskinen – Lahti – Suominen – Raittio 2015).

Suun omahoitotottumukset olivat keskimäärin heikommät alemmin koulutetuilla, kuin korkeammin koulutetuilla vastaajilla. Alemmin koulutetut harjasivat hampaitaan harvemmin fluorihammastahnalla, nauttivat useammin sokeripitoisia ruokia päivittäin ja tupakoivat päivittäin todennäköisemmin, kuin korkeasti koulutetut. Heidän hammashoitopalvelujenkäyttönsä oli myös epäsäännöllisempää ja tapahtui usein vasta silloin, kun hoitoon oli pakko päästä esimerkiksi kivun vuoksi. Perus- tai toisen asteen koulutuksen saaneilla todettiin myös kariksen esiintyvyyttä tutkittaessa keskimäärin enemmän korjaavan hoidon (paikattava karies) tarvetta, kuin korkeasti koulutetuilla. Suuren hammashoitouudistuksen jälkeen alemmin kouluttautuneiden hampaallisuus on kuitenkin parantunut hie-man, eli hampaita on keskimääräisesti suussa heillä enemmän, kuin ennen tuki-uudistusta. (Aromaa ym. 2015a, Aromaa – Helminen – Kiiskinen – Raittio – Suominen 2014.)

Vuosina 2001–2002 tapahtuneen suuren hammashoidon uudistuksen jälkeen alemmin koulutetut vastaajat kokivat hammashoitopalvelujen muuttuneen helpommin saataviksi ja heidän hoidon tarpeensa on vähentynyt tämän jälkeen verrattuna aikaan ennen uudistusta. Uudistuksen jälkeen myös hammashoitopalvelujen käyttö on lisääntynyt jonkin

verran varsinkin alimman- ja keskitason koulutusluokissa, sekä vanhemmassa ikäluokassa. (Aromaa ym. 2014.)

5.2 Tulotason yhteys suun terveyteen

Useiden tutkimusten perusteella tulotaso oli yhteydessä hammashoitopalveluiden käyttöön. Alemmalla tulotasolla nähtiin yhteys julkisen puolen palveluiden käyttöön, kun taas korkeammalla tulotasolla yksityispuolen palveluiden käyttöön. Suurempi palkka oli yhteydessä yksityisten hammaslääkäripalveluiden käyttöön, hyväksi koettuun suun terveyteen ja kokemukseen siitä, että hoidon tarvetta ei ole. Myös koettu hyvä suun terveys ja yleisterveys paikallistuivat selkeämmin korkeamman tulotason vastaajiin tutkimuksissa. (Aromaa ym. 2014, Aromaa ym. 2015b.)

Blomgren ym. mukaan yksityisen sairaanhoidon suurkuluttajiksi määritellään 5 % tutkitavista, joilla oli suurimmat vuosikustannukset. Suurkuluttajia oli tavanomaisesti useammin naisten ryhmässä, suurituloisissa, ikääntyneissä sekä Helsinki-Uudenmaan alueella ja kaupunkimaisissa kunnissa asuvissa. Yksityisen sairaanhoidon kustannuksista 40 % oli suurkuluttajien kerryttämiä. Suurkuluttajat käyttivät myös useammin hammashoitopalveluita verrattuna pienten kustannusten ryhmään. Vuoden aikana suurkuluttajilla oli noin neljä hammashoidon korvauskertaa, kun taas vähän palveluita käyttävien ryhmässä oli keskimääräisiä korvauskertoja yksi. (Blomgren – Virta 2015b.)

Tulotaso, yleisterveys ja puuttuvien hampaiden lukumäärä olivat suurimmat tekijät selittämään tulotasoon liittyvää eriarvoisuutta suun terveydessä. (Aromaa – Helminen – Kiiskinen – Raittio – Suominen 2015c.) Vuosien 2001–2002 suuri hammashoitouudistus kasvatti alimpien tuloluokkien edustajien julkisen puolen käyttöä. Suurimman tuloluokan edustajien käynnit eivät juurikaan lisääntyneet uudistuksen seurauksena. (Aromaa ym. 2015b.) Myös työttömyys oli yhteydessä suun terveydentilaan. Al-Sudan ym. tutkimuksen mukaan työttömillä oli suurempi määrä puuttuvia hampaita, reikiintyneitä hampaita ja syventyneitä ientaskuja verrattuna työssä käyviin. (Al-Sudani – Suominen – Vehkalahti 2015.)

5.3 Elämäntapojen yhteys suun terveyteen

Tärkeät suun terveyteen vaikuttavat tekijät muotoutuvat jo lapsuudessa ja siirtyvät sieltä aikuisuuteen. Näistä oleellisimpia suun terveyden kannalta ovat muun muassa omahoito- ja ravintotottumukset sekä muu terveyskäyttäytyminen, kuten hammashoitopalvelujen käyttö. Niihin vaikuttavat oleellisesti sekä koulutus-, että tulotaso. (Bernabé – Hausen – Nordblad – Kivimäki – Knuuttila – Suominen-Taipale – Sheiham – Tsakos – Vehkalahti – Watt 2011, Aromaa ym. 2015a.) Kaprio ym. mukaan vanhemmat aikuiset, miehet ja epäsäännöllisesti hammashoidossa käyvät kokivat suun terveytensä heikommaksi, kuin nuoret aikuiset, naiset ja säännöllisesti hoidossa käyvät suomalaiset. Heikoksi suun terveydentilansa kokevat käyttivät kuitenkin muita terveyspalveluja useammin ja heidän kuolevuusasteensa oli suurempi, mutta hammashoidossa käynnit olivat epäsäännöllisiä ja oireisiin perustuvia. (Kaprio – Lahti – Suominen 2012.)

Muutamassa tutkimuksessa käsiteltiin suomalaisten hammashoitokäyntien määrää ja siihen vaikuttaneita tekijöitä vuosien 2001–2007 aikana. Niistä ilmeni, että niiden suomalaisten prosentuaalinen osuus, jotka kävivät säännöllisesti hammashoidossa tai olivat käyneet hammashoidossa viimeisen 12 kuukauden aikana, kasvoi tutkimusvuosien 2001–2007 aikana. Esimerkiksi viimeisen 12 kuukauden aikana hoidossa käyneiden määrä kasvoi 57 prosentista 63 prosenttiin tutkimusvuosien aikana ja hoidossa käynnit yleistyivät sekä julkisella, että yksityispuolella säännöllisemmiksi. Samalla hoidontarpeen määrä ja päivittäisen omahoidon laiminlyönnit vastaajien keskuudessa vähenivät merkittävästi. Yksityispuolen kutsujärjestelmillä katsottiin kuitenkin olevan merkittävä yhteys palvelujen käytön säännöllisyyteen kaikkina tutkimusvuosina. (Aromaa ym. 2014, Aromaa ym. 2015b.)

Kahdessa tutkimusraportissa tarkasteltiin koherenssin tunteen vaikutusta suun terveyteen. Kummankin tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että henkilöt, joilla oli vahva koherenssin tunne eivät tupakoineet, pesivät hampaat kaksi kertaa päivässä sekä kävivät säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksissa. Toisessa tutkimuksessa tarkasteltiin koherenssin tunteen vaikutusta kiinnityskudossairauden esiintyvyyteen ja ≥ 4 mm syvien ientaskujen lukumäärään. Koherenssin tunteella ei kuitenkaan ollut vaikutusta ientaskujen lukumäärään neljän tutkimusvuoden aikana. Tutkimuksesta kävi ilmi, että ne henkilöt olivat todennäköisemmin korkeammin kouluttautuneita, naisia ja eivät sairastaneet diabetesta, joilla oli korkea koherenssin tunne. (Bernabé – Harrison – Kanhai – Knuuttila – Suominen – Uutela 2014.) Toisessa tutkimuksesta tutkittiin koherenssin tunteen, sosioekonomisen aseman ja terveyskäyttäytymisen yhteyttä. Tuloksista ilmeni, että korkea

koherenssin tunne vaikutti suotuisasti suun terveyskäyttäytymiseen riippumatta osallistujien nykyisestä sosioekonomisesta asemasta tai muista demografisista tekijöistä. (Bernabé – Nordblad – Kivimäki – Savolainen – Suominen-Taipale – Sheiham – Tsakos – Uutela – Watt 2009.)

6 Johtopäätökset ja pohdinta

6.1 Toteutuksen ja tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen muodossa sosioekonomisen aseman ja elämäntapojen vaikutuksia suomalaisten työikäisten naisten suun terveyteen. Tutkimustulosten perusteella korkeampi koulutustaso korreloi suoraan varallisuuden, hyväksi koetun suun terveyden ja aktiivisen hammashoitopalvelujen käytön suhteen, mitä tukee myös työmme teoreettinen perusta. Tätä voisi selittää esimerkiksi se, että ne joilla on korkeampi koulutus ovat enemmän varustettuja hyödyille, joita saadaan terveyttä edistävällä politiikalla ja palveluilla, kuin alemman koulutustason edustajat. On myös mahdollista, että koulutus antaa ihmisille mahdollisuuden olla joustavammissa ja korkeampipalkkaisissa töissä, joiden avulla he voivat toteuttaa suun terveyttä edistäviä käyttäytymismalleja.

Tutkimusten perusteella ilmeni, että alemman koulutus-, ja tulotason edustajat käyttivät epäsäännöllisemmin hammashoitopalveluja ja enemmän julkista puolta, kuin yksityisiä hammaslääkäripalveluja. Yksityisellä puolella asiakaskunnan ylläpito perustuu usein pitkälti recall-, eli kutsujärjestelmiin, jolloin vastaanotolla aiemmin käyneet kutsutaan vuosittain joko hammaslääkärin tarkastukseen tai suuhygienistin vastaanotolle. Tämä voisi mahdollisesti olla syy siihen, miksi varakkaampien henkilöiden suun terveys on usein parempi kuin matalampipalkkaisten, sillä heille säännöllinen hammashoitosuhte yksityisellä puolella on taloudellisesti todennäköisesti mahdollisempi. Korkeamman koulutuksen ollessa yhteydessä korkeampaan tulotasoon, voidaan olettaa, että korkeaan koulutustasoon liittyy myös hyvä yleissivistys. Teoreettisiin lähtökohtiimme viitaten näin ollen voitaisiinkin sanoa, että korkeammin koulutetut ovat tietoisempia suun terveyteen liittyvistä tekijöistä ja siksi aktiivisempia hammashoitopalvelujen käyttäjiä.

Al-Sudani ym. (2015) tutkimuksesta kävi ilmi, että pitkäaikaistyöttömyys oli yhteydessä naisten huonoon suun terveyteen muun muassa siten, että heillä oli pienempi määrä

paikattuja hampaita, mutta enemmän syventyneitä ientaskuja kuin miehillä. Pienempi määrä paikattuja hampaita saattaa olla merkki paremmasta suun terveydestä tai vaihtoehtoisesti seuraus harvemmasta hammaslääkäripalveluiden käytöstä.

Bernabe ym. (2009) tutkimuksesta ilmeni, että korkealla koherenssin tunteella on yhteys edullisempaan suun terveyskäyttäytymiseen, minkä selittää se, että koherenssin tunne on suorassa yhteydessä ihmisen voimavaroihin ja hänen terveysvalintoihinsa. Teoreettisista lähtökohdistamme poiketen kävi ilmi, että samassa tulotasossa ja koherenssin tunteessa kummassakin sukupuolella, naiset raportoivat edullisemmasta suun terveyskäyttäytymisestä kuin miehet ja kaikella tulojen kasvulla oli naisilla voimakkaampi myönteinen vaikutus hammaslääkärin tarkastuksissa käyntiin ja hampaiden harjaustheyteen kuin miehillä.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön tavoitteisiin nähden kirjallisuuskatsauksen tekeminen onnistui melko hyvin, sillä aineisto oli monipuolista ja sen avulla saatettiin vastata tutkimuskysymykseen onnistuneesti. Tutkimusten löytäminen sujui melko helposti asetettuamme sisäänotto- ja poissulkukriteerit aineistohaulle. Lopullisena valintana hyväksyimme 11 tutkimusartikkelia, jotka vastasivat niille asetettuja kriteereitä. Opinnäytetyöhön soveltuvinta analyysitapaa mietittiin myös pitkään, ja teemoittelun avulla aineistosta saatiin lopulta eriteltyä ydinasiat selkeästi.

Opinnäytetyön teoriapohjaa laadittaessa on oltu lähdekriittisiä ja valittu mukaan vain luotettavia lähteitä. Teoreettisissa lähtökohdissa käytetyt lääketieteelliset ja hammaslääketieteelliset lähteet ovatkin kaikki löydettävissä Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ylläpitämästä Terveysportti –portaalipalvelusta, mikä on laajalti terveysalan ammattilaisten käyttämä palvelu. Opinnäytetyön aineisto on kerätty tarkkoihin mukaanotto- ja poissulkukriteerein perustuen eri terveysalan tietokannoista ja tietokantahaut suoritettu aina yhdessä, mikä on lisännyt lähdekriittisyyttä ja siten työn luotettavuutta. Tämä opinnäytetyö on muiltakin osin tehty alusta loppuun kahden ihmisen välisenä tiiviinä yhteistyönä, jonka avulla on saatettu tarkastella tekstiä ja lähteitä kahden eri henkilön näkökulmasta.

Luotettavuutta heikentävästi on voinut vaikuttaa kummankin tekijän aikaisempi kokemattomuus vastaavanlaisen työn tekemisestä, mikä väistämättä vähentää aineiston analysoinnin luotettavuutta. Lisäksi voidaan pohtia myös teemoittelun soveltuvuutta yleisesti

tämän opinnäytteen aineiston analyysitavaksi. Luotettavuutta on voinut heikentää myös ulkomaalaisen aineiston käyttö, sillä suomenkielelle artikkeleita käännettäessä on saat-
tanut tulla käännösvirheitä. Aineiston analyysin valmistuessa kuitenkin huomasimme,
että usean tutkimusartikkelin sisällöt olivat tiedoiltaan yhdenmukaisia, minkä perusteella
voimme olettaa käännöstyönkin onnistuneen sisällön osalta melko luotettavasti. Kään-
nösvirheitä pyrittiin myös välttämään sillä, että teimme käännöksiä yhdessä. Tällöin voi-
tiin varmistaa, että kummatkin olivat lopputuloksesta samaa mieltä.

Opinnäytetyön eettisyys on huomioitu koko opinnäytteen työstämisen ajalta. Tekijöillä on
ollut luontainen vastuu siitä, ettei mitään työssä esiintyvää ole suoraan kopioitu lähteistä.
Eettisyyden varmistamiseksi ja plagioinnin välttämiseksi opinnäytetyö on laitettu Turnitin
–järjestelmään tarkistettavaksi. Tutkimustuloksissa etiikka on otettu huomioon mahdolli-
simman tarkalla, avoimella ja rehellisellä raportoinnilla. Eettisyyttä ja luotettavuutta lisää
myös kummankin edellä mainitun kriittinen pohdinta osana opinnäytetyötä.

6.3 Oppimisprosessi, ammatillinen kasvu ja kehitys

Opinnäytetyön tekeminen oli ajoittain melko haastavaa, mutta se oli kokonaisuutena hy-
vinkin opettava kokemus. Tutkimusartikkelien etsiminen ja lukeminen osoittautuivat ai-
kaa vieväksi, mutta se oli kannattavaa sisäänottokriteerien täyttävien tutkimusten löytä-
miseksi ja suomennoksen paikkaansa pitävyyden vuoksi. Haasteellisimpana osana kir-
jallisuuskatsauksen tekemisessä pidimme tutkimusartikkelien kääntämistä englannista
suomeksi. Kuitenkin tiiviissä yhteistyössä toistemme kanssa ja varaamalla tarpeeksi ai-
kaa saimme tutkimusartikkelit käännettyä onnistuneesti.

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli meille uusi kokemus, joten tutustuimme hyvin mo-
niin analysointitapoihin menetelmäkirjallisuuden avulla. Valitsimme aineiston analysointi-
tavaksi teemoittelun, jonka koimme sopivan aineiston ydinasioiden erittelyyn parhaiten.
Aineiston analysointi oli mielenkiintoista, sillä tässä vaiheessa tutkimusten tulosten kes-
keisimmät asiat saatiin tiivistettyä kirjallisuuskatsaukseen.

Opinnäytetyömme aihe oli tärkeä ja tulevana suun terveyden ammattilaisena on tiedet-
tävä eri taustatekijöistä, jotka vaikuttavat ihmisten suun terveyteen. Tämän opinnäyte-
työn tekeminen helpottaa tulevassa työelämässä erilaisten tutkimusten lukemista, joihin
on tärkeää tutustua oman asiantuntijuuden kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi.

6.4 Tulosten hyödyntäminen

Opinnäytetyömme tuloksia voisi hyödyntää tulevaisuudessa esimerkiksi siten, että tuloksien pohjalta tiivistäisi vielä kompaktimman tietopaketin vaikkapa juuri suuhygienistien käyttöön. Sen voisi toteuttaa esimerkiksi lehtisenä tai pienenä esitteenä, jossa esitettäisiin selkeästi koulutuksen, tulotason ja elämäntapojen yhteys suun terveyteen ja huomiointaisiin myös koherenssin tunteen liittyminen edellä mainittuihin. Sen avulla erilaisten potilaiden motivointi erilaisista lähtökohdista voisi onnistua entistä paremmin, jos pohjatiedot suun terveyteen vaikuttavista sosioekonomisista ja elämäntavallisista tekijöistä olisivat kirkkaana mielessä.

Lähteet

A-klinikkasäätiö 2014. Päihteet. Verkkodokumentti. <<http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/materiaalipankki/paihteet>>. Luettu 15.9.2015.

Al-Sudani, H. – Fouad, Y. – Suominen, Anna Liisa – Vehkalahti, Miira M. 2015. The association between current unemployment and clinically determined poor oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 43 (4). 325–337.

Aromaa, Arpo – Bernabé, Eduardo – Sabbah, Wael – Suominen, Anna L. – Vehkalahti, Miira M. 2015a. The Role of Behaviour in Inequality in Increments of Dental Caries among Finnish Adults. *Caries Research* 49 (1). 34–40.

Aromaa, Arpo – Helminen, Sari – Kiiskinen, Urpo – Lahti, Satu – Suominen, Anna Liisa – Raittio, Eero 2015b. Income-related inequality and inequity in the use of dental services in Finland after a major subsidization reform. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 43 (3). 240–254.

Aromaa, Arpo – Helminen, Sari – Kiiskinen, Urpo – Raittio, Eero – Suominen, Anna Liisa 2014. Dental attendance among adult Finns after a major oral health care reform. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 42 (6). 591–602.

Aromaa, Arpo – Helminen, Sari – Kiiskinen, Urpo – Raittio, Eero – Suominen, Anna Liisa 2015c. Inequality in oral health-related quality of life before and after a major subsidization reform. *European Journal of Oral Sciences*. 123 (4). 267–275.

Aromaa, Arpo – Nordblad, Anne – Suominen-Taipale, Liisa – Vehkalahti, Miira 2004. Suomalaisten aikuisten suun terveys. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitos. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <<http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2004b16.pdf>>.

Autti, Heikki – Le Bell, Yrsa – Meurman, Jukka H. – Murtomaa, Heikki 2014. Hampaiden kuluminen. *Therapia Odontologica*. Terveysportti. Saatavilla myös sähköisesti.

Axtelius, Björn – Johansson, Veronica – Söderfeldt, Björn 2007. Oral B's Nordic Report on Oral Health. Malmö University. Verkkodokumentti. <<http://dspace.mah.se/dspace/bitstream/handle/2043/6715/Oral%20B%60s%20Nordic%20Report%20on%20Oral%20Health%20.pdf;jsessionid=AB03230528DBBE08676A3E34F976EB99?sequence=1>>. Luettu 18.9.2015.

Benjamin, Regina 2010. Oral Health: The Silent Epidemic. Surgeon General's Perspectives. Public Health Reports. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821841/>>.

Bernabé, Eduardo – Harrison, Victoria E. – Kanhai, Jai – Knuuttila, Matti – Suominen, Anna Liisa – Uutela, Antti 2014. Sense of coherence and incidence of periodontal disease in adults. *Journal of Clinical Periodontology* 41 (8). 760–765.

Bernabé, Eduardo – Hausen, Hannu – Nordblad, Anne – Kivimäki, Mika – Knuuttila, Matti – Suominen-Taipale, Anne – Sheiham, Aubrey – Tsakos, Georgios – Vehkalahti,

Miira M. – Watt, Richard G. 2011. Education level and oral health in Finnish adults: evidence from different lifecourse models. *Journal of Clinical Periodontology* 38 (1). 25–32.

Bernabé, Eduardo – Nordblad, Anne – Kivimäki, Mika – Savolainen, Jarno – Suominen-Taipale, Anne – Sheiham, Aubrey – Tsakos, Georgios – Uutela, Antti – Watt, Richard G. 2009. The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults. *European Journal of Oral Sciences*. 117 (4). 413–418.

Blomgren, Jenni – Virta, Lauri 2014a. Tuloryhmien erot yksityislääkäripalvelujen käytössä eivät kasvaneet vuosina 2006–2011. *Suomen Lääkärilehti* 8/2014.

Blomgren, Jenni – Virta, Lauri 2015b. Yksityisen sairaanhoidon kustannukset ja Kela-korvaukset keskittyvät: keitä suurkuluttajat ovat? *Suomen Lääkärilehti* 38/2015.

Chang, Jiang - Joiner, Andrew - Li, Xiaoke - Wang, Jinfang 2014. The remineralization of enamel: a review of the literature. *Journal of dentistry* 4251. S12–S20.

Dynesén, Anja Weirsøe – Jensen, Siri Beier – Holten-Andersen Lars – Jensdóttir, Thorbjörg – Pedersen, Anne Marie Lyng – Bardow, Allan – Nauntofte, Birgitte 2006. Sylki - nykytieto ja mahdollisuudet. *Suomen Hammaslääkärilehti* 6/2006. 322-329. Saatavilla myös sähköisesti.

Ekdahl, Anna – Suominen-Taipale, Liisa – Kiiskinen, Urpo – Virtanen, Jorma 2011. Hammashoitouudistus lisäsi terveystakeskushoidon kysyntää. *Suomen Hammaslääkärilehti* 1/2011. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <<http://www.digipaper.fi/hammaslaakarilehti/88296/>>.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 175-182.

Gürsoy, Mervi – Hiiri, Anne – Könönen, Eija – Suomalainen, Kimmo – Tervonen, Tellervo – Uitto, Veli-Jukka – Varrela, Tiina 2010. Parodontiitti. Käypä hoito -suositus. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=725DE81CF2D2741C42242BD505E0B40C?id=hoi50086>>.

Hausen, Hannu – Lahti, Satu – Suominen-Taipale, Liisa 2008. Oral health impacts among adults in Finland: competing effects of age, number of teeth, and removable dentures. *European Journal of Oral Sciences* 116 (3). 260–266.

Hausen, Hannu – Tenovuori, Jorma 2014. Kariuksen epidemiologia. *Therapia Odontologica*. Terveystietä. Saatavilla myös sähköisesti.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2014. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy. 98–99.

Huttunen, Jussi 2015. Mitä terveys on? Terveyskirjasto. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903>.

Johansson, Kirsi 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa

(toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto.

Kaprio, Henri – Lahti, Satu – Suominen, Anna Liisa 2012. Association between subjective oral health and regularity of service use. *European Journal of Oral Sciences* 120 (3). 212–217.

Ketola-Kinnula, Tanja 2016. Ientulehdus. Pitkäaikaissairaudet. Diabetes. Terveysportti. Saatavilla myös sähköisesti.

Könönen, Eija 2012. Tietoa potilaalle: ientulehdus (gingiviitti). Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Saatavilla myös sähköisesti.

Laaksonen, Mikko – Silventoinen, Karri 2011. Sosiaaliepideologia. Väestön terveys-erot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Tallinna: Raamatutrukikoda.

Leino-Kilpi, Helena 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto.

Loman, Tina 2015. Ruokatottumukset, liikunta ja paino: sosioekonomiset erot ja muutokset. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen osasto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väestön terveyden tohtoriohjelmia.

Mikkola, Hennamari – Widström, Eeva 2008. Mitä kertoo hammashoitouudistuksen arviointi? Stakes. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.kela.fi/documents/10180/994031/Tutkijapuheenvuoroja_Widstrom-Mikkola.pdf/34f105fc-4e31-4b8b-be13-9f91cc32b74d>.

MOT Kielitoimiston sanakirja 2015a. Elämäntapa. Verkkodokumentti. <<http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>>. Luettu 15.9.2015.

MOT Kielitoimiston sanakirja 2015b. Ravitsemus. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trv00158>. Luettu 15.9.2015.

Murtomaa, Heikki 2014. Tupakoinnin suuhaitat. *Therapia Odontologica*. Terveysportti. Saatavilla myös sähköisesti.

Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna 2006. Teemoittelu. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html>. Luettu 4.4.2016.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? – Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Opetusjulkaisu. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>.

Savolainen, Jarno 2005. Salutogeeninen näkökulma suun terveyteen. *Suomen Hammaslääkärilehti* 22/2005. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <<http://www.digipaper.fi/hammaslaakarilehti/89558/index.php?pgnumb=15>>.

Simonen, Jenni 2013. Lähentyvätkö naisten ja miesten juomatavat? Kvalitatiivinen tutkimus sukupuolesta ja juomisesta. Väitöskirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110567/URN_ISBN_978-952-245-984-8.pdf?sequence=1>.

Stolt, Minna – Routasalo, Pirkko 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto.

Suomen Hammaslääkäriliitto 2013a. Yleistietoa suun terveydestä. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suunterveydesta#.VqIHv_mLTDC>.

Suomen hammaslääkäriliitto 2013b. Ksylitoli. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <<http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suunterveydesta/ravinto-ja-suunterveys/ksylitoli#.VqIHfmLTDC>>.

Suominen, Liisa – Vehkalahti, Miira – Knuuttila, Matti 2012. Suun terveys. Teoksessa Koskinen, Seppo – Lundqvist, Annamari – Ristiluoma, Noora (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi suomessa 2011. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1>.

Suun Terveystenhoidon Ammattiliitto Ry 2011. Ksylitoli. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <<http://www.stal.fi/tietoa-suun-terveydesta/ohjeet-suun-terveydesta-pikkulas/ksylitoli/>>.

Tenovuo, Jorma 2014a. Kariesprofylaksi. Therapia Odontologica. Terveysportti. Saatavilla myös sähköisesti.

Tenovuo, Jorma 2014b. Ruokavalio ja karies. Therapia Odontologica. Terveysportti. Saatavilla myös sähköisesti.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015a. Suun terveys. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/terveys/suunterveys>>. Luettu 15.9.2015.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015b. Päätteet ja riippuvuudet. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet>>. Luettu 15.9.2015.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015c. Eriarvoisuus. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>>. Luettu 22.1.2016.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015d. Mitä on eriarvoisuus elintavoissa. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat>>. Luettu 29.3.2016.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Sosiaaliryhmien välillä on terveyseroja. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/stopyhyys/nakokulmia-teemaan/sosiaaliryhmien-valilla-on-terveyseroja>>. Luettu 22.1.2016.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Uittamo, Johanna 2015. Alkoholi ja suu. Alkoholiriippuvuus. Pitkäaikaissairaudet. Terveysportti. Saatavilla myös sähköisesti.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta a. Ravitsemussuositukset. Maa- ja metsätalousministeriö. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/>>.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta b. Suomalaiset ravitsemussuositukset. Maa- ja metsätalousministeriö. Verkkodokumentti. <<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/suomalaiset+ravitsemussuositukset/>>. Luettu 29.10.2015.

Varis, Tuomo – Virtanen, Sirpa 2014. Tupakkatilasto 2014. Tilastoraportti. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126966/Tr18_15.pdf?sequence=1>.

Vastamäki, Jaana 2010. Koherenssin tunne ja työttömyys. Väitöskirjatutkimuksen keskeisiä tuloksia. Kuopion yliopisto. Saatavilla sähköisesti osoitteessa. <https://www2.uef.fi/documents/1462980/1462987/Koonti_FI_Vastam%C3%A4ki_Jaana_Dissertation.pdf/8b164daa-7963-4b0e-826a-141aac8fd3f2>.

Vehkalahti, Miira 2014. Omahoito – paras hoito. Therapia Odontologica. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavilla myös sähköisesti.

World Health Organization. Oral health. Verkkodokumentti. <http://www.who.int/topics/oral_health/en>. Luettu 15.9.2015.

Hakuprosessin kuvaus

Tietokanta	Hakusanat	Otsikkotasolla lu- ettuja	Tiivistelmätasolla luettuja	Kokotekstitasolla luettuja	Lopullinen valinta
CINAHL	"oral health" AND women AND Finland	8	3	0	0
CINAHL	"oral health" AND Finland	60	5	5	5
CINAHL	"oral health" AND "socioeconomic" AND women	6	0	0	0
CINAHL	"oral health" AND "socioeconomic" NOT pregnancy	100	2	0	0
CINAHL	"oral health" AND sosioeco* AND Finland	14	5	0	0
Julkari	ravitsemus AND suomalaiset	50	1	0	0
Medic	"oral health" AND socioeco*	40	3	1	1
Medic	"oral health" AND women	90	2	2	2
Medic	oral selfc* AND women	18	0	0	0
Medic	Suun AND sosioekonom*	14	3	2	1

2 (2)

Medic	Suun AND elämänta*	5	0	0	0
Medic	tupakointi	170	3	0	0
Medline	“oral health” AND Finland	10	2	2	2
PubMed	“oral health” AND women AND Finland	20	1	0	0
PubMed	“oral health” AND Finland	40	0	0	0
PubMed	“oral health” AND “Nordic countries”	5	1	1	0
Yhteensä		650	49	13	11

Haun tulosten kuvaus

Tutkija, vuosi ja tutkimuksen nimi	Maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusjoukko	Keskeiset tulokset
<p>Al-Sudani, H. – Fouad, Y. – Suominen, Anna Liisa – Vehkalahti, Miira M. 2015</p> <p>The association between current unemployment and clinically determined poor oral health</p>	Suomi	Tarkoituksena oli arvioida, onko nykyinen työttömyys yhteydessä heikkoon suun terveyteen ja muuttaako työttömyyden kesto suun terveyttä.	Tutkimus oli osa Terveys 2000-tutkimusta. Tutkimusjoukkona oli 4773 suomalaista, 30–63-vuotiaista aikuista.	Työttömillä osallistujilla oli suurempi määrä puuttuvia hampaita, reikiintyneitä hampaita ja ientaskullisia hampaita kuin työllisillä. Nykyinen pitkäaikaistyöttömyys näytti olevan vahvassa yhteydessä huonon suun terveyden kanssa verrattuna lyhytaikaiseen työttömyyteen naisten keskuudessa. Työttömyys muodostaa riskin suun terveydelle.
<p>Aromaa, Arpo – Bernabé, Eduardo – Sabbah, Wael – Suominen, Anna Liisa – Vehkalahti, Miira M. 2015</p> <p>The Role of Behaviour in Inequality in Increments of Dental Caries among Finnish Adults</p>	Suomi	Tutkia, voiko suun terveyskäyttäytymisellä poistaa kokonaan eriarvoisuuden suhteen kariesin esiintyvyyteen.	Tutkimus oli osa Terveys 2000-tutkimusta. Mukana oli 8028 suomalaista, jotka olivat ≥ 30 -vuotiaita ja asuivat Manner-Suomessa. Neljä vuotta myöhemmin 1248 henkilöä pyydettiin uudestaan suun terveystarkastukseen, joista 1049 suostui osallistumaan.	Aikuiset, joilla oli peruskoulutus, oli merkittävästi suurempi DMFT-indeksin kasvu kuin korkeasti koulutetuilla (DMFT ilmoittaa reikiintyneiden, puuttuvien / poistettujen ja paikattujen hampaiden yhteenlasketun määrän). Käyttäytymistapojen muuttaminen heikensi, muttei poistanut kokonaan kariesin, koulutustason ja hoidon tarpeen suhdetta. Hampaiden harjaustiheydellä oli suurin vaikutus eriarvoisuuteen. Samanaikainen kaikkien käyttäytymismallien muokkaus eliminoi merkittävästi koulutuksen ja kariesin esiintyvyyden suhdetta.

2 (5)

<p>Aromaa, Arpo - Helminen, Sari - Kiiskinen, Urpo - Lahti, Satu - Suominen, Anna Liisa - Raittio, Eero 2015</p> <p>Income-related inequality and inequity in the use of dental services in Finland after a major subsidization reform</p>	Suomi	<p>Tarkoituksena oli tutkia tulotasoon liittyvää eriarvoisuutta ja epäoikeudenmukaisuutta hammashoitopalvelujen käytössä suuren hammashoidon tukiudistuksen jälkeen</p>	<p>Tutkimusjoukko koostui suomalaisista aikuisista, jotka olivat syntyneet vuonna 1970 tai aiemmin. Data koottiin kolmella täysin samanlaisella kyselytutkimuksella, jotka koskivat hammashoitopalveluiden käyttöä ja yksilön kokemusta omasta suun terveydestään. Kyselytutkimukset tehtiin vuosina 2001 ennen uudistusta (osallistujia 1907), uudistuksen jälkeen vuonna 2004 (osallistujia 1629) ja 2007 (osallistujia 1509).</p>	<p>Tuloksista ilmeni, että tulotasoon liittyvä eriarvoisuus ja epäoikeudenmukaisuus hammashoitopalvelujen käytössä vähenivät vuodesta 2001 vuoteen 2004, mutta suureni taas vuodesta 2004 vuoteen 2007, ja oli lopulta samalla tasolla kuin ennen uudistusta vuonna 2001. Tulotasoon liittyvä eriarvoisuus hammashoitopalvelujen käytössä väheni siis vain hetkellisesti tukiudistuksen jälkeen.</p>
<p>Aromaa, Arpo – Helminen, Sari – Kiiskinen, Urpo – Raittio, Eero – Suominen, Anna Liisa 2014</p> <p>Dental attendance among adult Finns after a major oral health care reform</p>	Suomi	<p>Tarkoituksena oli analysoida kuinka suomalaisien hammashoidossa käyntien määrä ja siihen vaikuttavat tekijät muuttivat suuren hammashoidon tukiudistuksen jälkeen</p>	<p>Suomalaiset aikuiset, jotka olivat syntyneet vuonna 1970 tai aiemmin. Metodina kolme peräkkäistä tutkimusta vuosina 2001 (osallistujia 2831), 2004 (osallistujia 2420) ja 2007 (osallistujia 2296).</p>	<p>Niiden osallistujien prosentuaalinen osuus, jotka kävivät säännöllisesti hammashoidossa tai olivat käyneet hammashoidossa viimeisen 12 kuukauden aikana, kasvoi vuosien 2001 ja 2007 välillä. Kasvu oli merkittävintä julkisella puolella.alvelujen käyttö kasvoi sekä miehillä että naisilla ja kaikissa koulutusluokissa, mutta oli suurinta alimmassa ja keskitason koulutusluokassa sekä vanhemmissa ikäluokissa. Tulotaso oli myös merkittävä hammashoitopalvelujen käytön määrän ennustaja kaikkina tutkimusvuosina.</p>

<p>Aromaa, Arpo – Helminen, Sari – Kiiskinen, Urpo – Raittio, Eero – Suominen, Anna Liisa 2015</p> <p>Inequality in oral health-related quality of life before and after a major subsidization reform</p>	Suomi	<p>Tarkoituksena oli tutkia tulotasoon liittyvää eriarvoisuutta suhteessa yksilön kokemaan suun terveyteen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin ennen suurta hammashoidon tukiuudistusta ja sen jälkeen.</p>	<p>Suomalaiset aikuiset, jotka olivat syntyneet ennen vuotta 1971. Metodina kolme kyselytutkimusta koetusta suun terveydestä ja hammashoitopalvelujen käytöstä, jotka tehtiin vuosina 2001 (osallistujia 2046), 2004 (osallistujia 1728) ja 2007 (osallistujia 1560).</p>	<p>Kaikkina tutkimusvuosina alemman sosioekonomisen luokan edustajat raportoivat enemmän suun vaivoista. Eriarvoisuus oli suurimmilta osin yhteydessä yksilön kokemukseen omasta yleisterveydestä, puuttuvien hampaiden määrään ja tulotasoon. Nähtävissä ei ollut suurta muutosta tasa-arvon suhteen ajalla ennen tukiuudistusta ja sen jälkeen.</p>
<p>Bernabé, Eduardo – Harrison, Victoria E. – Kanhai, Jai – Knuuttila, Matti – Suominen, Anna Liisa – Uutela, Antti 2014</p> <p>Sense of coherence and incidence of periodontal disease in adults</p>	Suomi	<p>Arvioida sitä, ennustaako koherenssin tunne parodontiitin esiintyvyyttä neljän vuoden aikana.</p>	<p>Tutkimusjoukkona 848 aikuista suomalaista, jotka osallistuivat Terveys 2000-tutkimukseen ja seuranta-tutkimukseen suomalaisten aikuisten suun terveydestä. Suoritettiin kaksi erillistä pitkittäisanalyysiä, joista ensimmäinen tehtiin kaikille 848 henkilölle, jotka osallistuivat kumpaankin tutkimukseen, ja toinen 305 henkilölle, joilla ei ollut lähtötilanteessa ≥ 4mm ientaskuja.</p>	<p>Lähtötilanteen koherenssintunne ei liittynyt mahdollisiin muutoksiin parodontaaliterveydessä neljän vuoden aikana. Samoin lähtötilanteen koherenssintunne ei ollut yhteydessä syventyneitä ientaskuja sisältävien hampaiden lukumäärään neljän vuoden aikana niillä, joilla ei ollut alussa syventyneitä ientaskuja. Aikuisiässä mitattu koherenssintunne ei selitä muutosta ≥ 4mm ientaskujen lukumäärissä.</p>
<p>Bernabé, Eduardo – Hausen, Hannu – Nordblad, Anne – Kivimäki, Mika – Knuuttila, Matti – Suominen-Taipale, Anne –</p>	Suomi	<p>Tarkoituksena oli arvioida koulutuksen ja suun terveydentilan välistä yh-</p>	<p>Osa Terveys 2000-tutkimusta ja mukana oli 7112 osallistujaa, ≥ 30-vuotiaita</p>	<p>Kaikkia elämäntapamalleja tarkastellessa vastaajan oma koulutustaso oli enemmän yhteydessä suun terveydentilaan, kuin vanhempien koulutusaste. Alhaisemman sosioekonomisen</p>

<p>Sheiham, Aubrey – Tsakos, Georgios – Vehkalahti, Miira M. – Watt, Richard G. 2011</p> <p>Education level and oral health in Finnish adults: evidence from different lifecourse models</p>		<p>teyttä kolmen käsitteellisen elämäntapamallin avulla.</p>	<p>suomalaisia aikuisia. Tutkimusjoukossa oli 3343 miestä ja 3769 naista, joiden keski-ikä oli 53-vuotta.</p>	<p>luokan edustajilla oli myös enemmän karioituneita hampaita ja syventyneitä ientaskuja. Ikä muokkasi koulutustason ja syventyneiden ientaskujen lukumäärän yhteyttä, mutta ei karioituneiden hampaiden lukumäärän ja yksilön kokeman suun terveydentilan yhteyttä.</p>
<p>Bernabé, Eduardo – Nordblad, Anne – Kivimäki, Mika – Savolainen, Jarno – Suominen-Tai-pale, Anne – Sheiham, Aubrey – Tsakos, Georgios – Uutela, Antti – Watt, Richard G. 2009</p> <p>The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults</p>	Suomi	<p>Tarkoituksena oli arvioida riippumattomia ja vuorovaikutteisia yhteyksiä koherenssintunteen, sosio-ekonomisen aseman ja suun terveyskäyttäytymisen välillä.</p>	<p>Tutkimus oli osa Terveys 2000-tutkimusta, Tiedot demografisista tekijöistä kuten kouluvuosista, koherenssintunteesta, kotitalouden tuloista ja suun terveyskäyttäytymisestä kerättiin 5399 suomalaiselta, hampaalliselta aikuiselta.</p>	<p>Tulokset kertovat korkean koherenssintunteen ja suotuisemman suun terveyskäyttäytymisen yhteydestä riippumatta osallistujien nykyisestä sosioekonomisesta asemasta tai muista demografisista tekijöistä.</p>
<p>Blomgren, Jenni – Virta, Lauri 2015b</p> <p>Yksityisen sairaanhoidon kustannukset ja Kela-korvaukset keskittyvät: keitä suurkuluttajat ovat?</p>	Suomi	<p>Tarkoituksena oli tarkastella yksityisen sairaanhoidon vuosikustannusten ja -korvausten euromääräistä jakautumista suomalaisessa aikuisväestössä.</p>	<p>50 % satunnaisotos Suomessa vuonna 2011 asuneista 25 vuotta täyttäneistä aikuisväestöstä.</p>	<p>Yksityisen sairaanhoidon kokonaiskustannuksista 40 % oli suurkuluttajien kerryttämiä. Suurkuluttajia oli keskimääräistä enemmän naisten ryhmässä, ikääntyneiden ja suurituloisten ryhmässä, sekä Helsinki-Uudenmaan alueella. Suurkuluttajia oli enemmän myös kaupunkimaisissa kunnissa.</p>

<p>Hausen, Hannu – Lahti, Satu – Suominen-Taipale, Liisa 2008</p> <p>Oral health impacts among adults in Finland: competing effects of age, number of teeth, and removable dentures</p>	Suomi	<p>Tarkoituksena oli arvioida suomalaisten aikuisten suun terveyttä suhteessa ikään, sukupuoleen, koulutustasoon, hampaiden lukumäärään ja mahdollisten proteesien käyttöön.</p>	<p>Tutkimus oli osa Terveys 2000-tutkimusta. Tutkimusjoukkona 5987 ≥ 30-vuotiaasta suomalaista, joista 53 % naisia ja 47 % miehiä. Tutkimustapoina olivat haastattelut, kyselylomakkeet ja kliiniset tutkimukset.</p>	<p>Potilaan ikä ja hampaiden lukumäärä olivat selvästi yhteydessä koettuun heikkoon suun terveyteen tai koettuihin vaivoihin, kun sukupuoli, koulutustaso ja hammasproteesit otettiin huomioon. Tuloksista ilmeni, että hampaiden lukumäärä vaikuttaa hammasproteesien käytön todennäköisyyteen ja ikä muokkaa koulutustason vaikutusta suun terveyteen.</p>
<p>Kaprio, Henri – Lahti, Satu – Suominen, Anna Liisa 2012</p> <p>Association between subjective oral health and regularity of service use</p>	Suomi	<p>Tarkoituksena oli arvioida, miten kaksi erilaista mittaria ennustivat yksilön kokeman suun terveydentilan ja hoidossa käynnin yhteyttä</p>	<p>Tutkimus oli osa Terveys 2000-tutkimusta. Mukana oli 4926 yli 30-vuotiaasta suomalaista aikuista</p>	<p>Ne osallistujat, jotka ilmoittivat suun terveytensä heikommaksi, käyttivät terveyspalveluja useammin ja heidän kuolevuusasteensa oli suurempi. He eivät kuitenkaan käyneet säännöllisesti hammasterveydenhuollossa. Heikoksi suun terveytensä kokeneet kävivät hoidossa oireiden perusteella ja heidän hammashoitopalvelujen käyttönsä oli todennäköisemmin epäsäännöllisempää, kuin suun terveyttä hyvänä pitävien vastaajien.</p>